Le risque infectieux en Ehpad

Un exemple pratique de prévention et de gestion des épidémies d’infections respiratoires en Ehpad

Dr Matthieu Gérain

MGerain@hopital-lude.com

Hôpital local François de Daillon, Le Lude

Ehpad Les Glycines, Mansigné (Sarthe)

Association des médecins coordonnateurs d’Ehpad de la Sarthe AMC 72

Rennes, C.Clin ouest, 2 septembre 2009

Risque épidémique en Ehpad

- Lieu de vie:
  - Chambre=domicile
  - Visites des familles
  - Repas et animations collectifs
- Les résidents :
  - Polypathologie
  - Déambulation pathologique…
- **Infections respiratoires =**
  - **1ère cause infectieuse de transfert vers l'hôpital**
  - **1ère cause de mortalité d'origine infectieuse en Ehpad**
  - **41% des infections en Ehpad** (ENP Priam, Orig, 2006-2007)

Prévention et gestion des épidémies d'infections respiratoires aiguës basses (IRÄ) en Ehpad

Recommandations aux Ehpad

- 2002: Hygiène des structures d'hébergement pour personnes âgées, C.Clin Ouest.
- 2004: rapport J. Carlet, B. de Wazières

  Prévention du risque infectieux dans les structures hébergeant des personnes âgées
- 2006 : circulaire infections respiratoires

  DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2 n° 2006-489 du 22 novembre 2006, révisée en octobre 2008
- Publications des C.Clins
- Recommandations de vaccinations en Ehpad

  Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009, bulletin épidémiologique hebdomadaire, 20 avril 2009/n° 16-17

- Rôle du médecin coordonnateur dans la lutte contre les infections

  Décrets n° 2005-560 du 27 mai 2005 et n° 2007-547 du 11 avril 2007

Le médecin coordonnateur n'est pas le médecin traitant !

Prescription des vaccinations, traitement…: rôle du médecin traitant

Gestion des épidémies d'IRÄ théorie

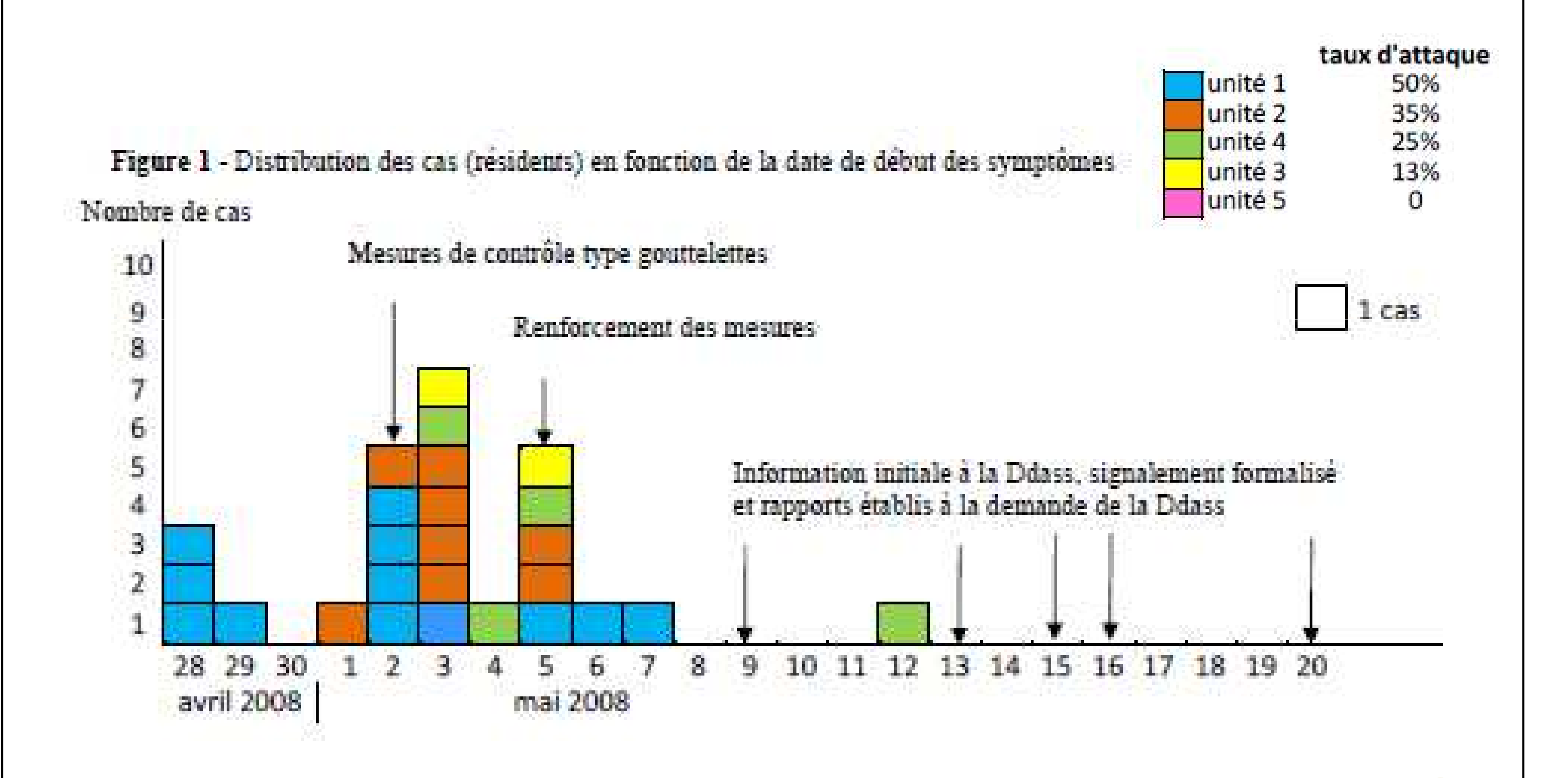
- Signalement des cas au médecin coordonnateur

  par le médecin traitant
- Prise en compte des cas chez le personnel
- → Détection des cas groupés par le médecin coordonnateur
- Mesures barrières type gouttelettes ou air
- Recommandations / diagnostic, traitement…
- Signalement à la Ddass par le médecin coordonnateur
- (Gestion des investigations pour les résidants hospitalisés : prévue?)

Gestion des épidémies d'IRÄ cas vécu, mai 2008 (1/2)

- Signalement interne des cas au médecin coordonnateur
  → par l'infirmière
- Prise en compte des cas chez le personnel
  → aléatoire (sauf lorsque l'épidémie est déjà connue!)
- Détection des cas groupés
  → par l'infirmière
- Diagnostic, recherche étiologique, traitement…
  → rôle du médecin traitant
  → examens biologiques étiologiques pas toujours disponibles ou résultats dans des délais plus longs que prévus
- Information aux services hospitaliers d'accueil sur l'épidémie en cours
- Signalement à la Ddass

Gestion des épidémies cas vécu, mai 2008 (2/2)



Foyers d’infections respiratoires aiguës en Ehpad signalés entre août 2007 et juin 2008

89 signalements en France

…seulement

16 dans les Pays de la Loire dont 7 avec critères de sévérité

Surveillance hivernale en Pays de la Loire , bilan 2007-2008, CIRE Cellule interrégionale d’épidémiologie des Pays de la Loire, juillet 2008

Enseignements tirés pour la pratique

- Se préparer ++
  - Adopter les mesures barrières dès le 1er cas
  - Matériel : stock de masques, PHA…
  - Examens complémentaires : quel laboratoire pour quel examen ?
  - Protocole de gestion des épidémies
  - Connaître les critères épidémiologiques de sévérité
- Adapter les recommandations :
  - Détection des cas groupés : → par les infirmiers++
  - Déclenchement des mesures barrières → par les infirmiers++
- Communiquer
  - Communiquer en interne → renfort d'équipe, limiter entrées et activités, etc.
  - Communiquer en externe → services d'hygiène hospitalière (+/- services d'accueil)
  - Vaccination : suggestion (PNEUMO 23®) au médecin traitant à chaque admission
- Assurer le suivi
- Signalement des cas groupés
  - Oui pour vérifier les mesures, relier des foyers
  - MAIS : pb de la connaissance des cas, risque médiatique, contraintes…

Outils pratiques

Registre des infections respiratoires

« Kit infections respiratoires »

Genèse

Origine

- Expérience de gestion de cas groupés
- Partages d'expérience avec des médecins coord.

Champ du protocole

- Infections aiguës
- Basses ou hautes (rhinoph.)
- hors pneumonie de déglutition
- Quelle que soit la cause (grippe, pneumocoque…)

- Organiser facilement les mesures dès le 1er cas
- Détecter les cas groupés
- Conduite à tenir si épidémie

Registre des infections respiratoires





3 parties :

-Un mode d'emploi

-Un calendrier

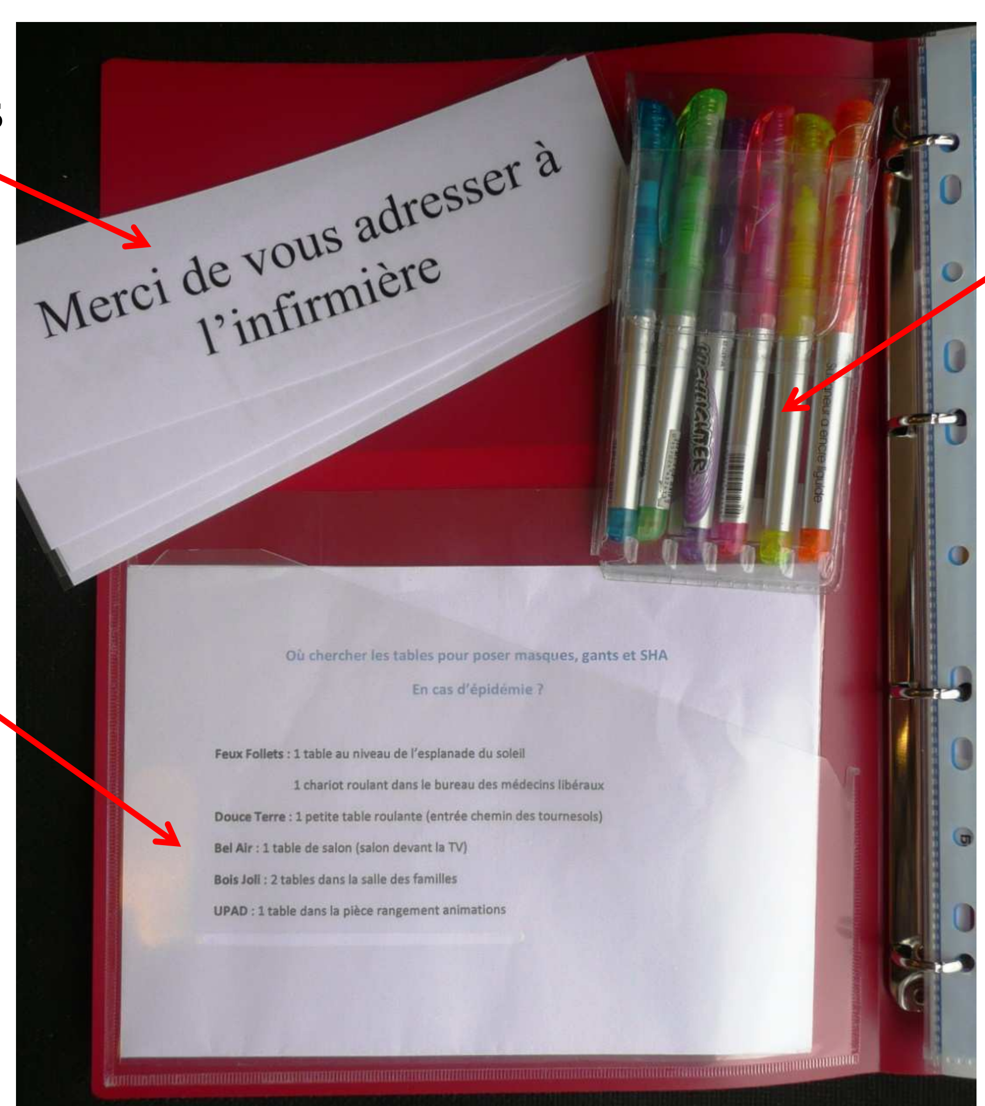
-3 jeux de fiches en cas d'épidémie contenant :

- -1 fiche de conduite à tenir
- -1 fiche de relevé des cas

Registre des infections respiratoires

Affichage pour un cas ou des cas isolés

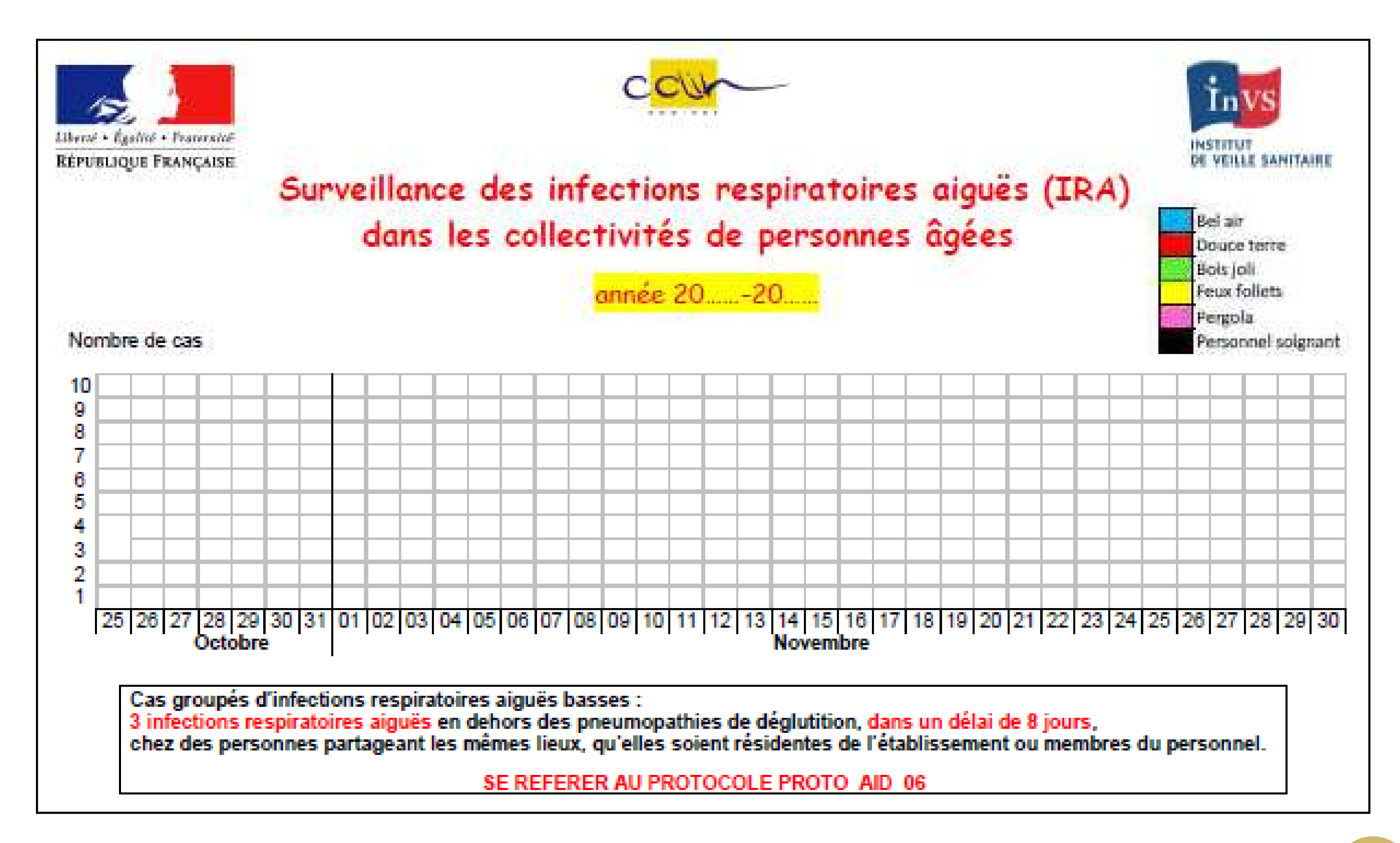
Liste des tables disponibles pour disposer du matériel (PHA, masques…) à l'entrée des unités



Surligneurs

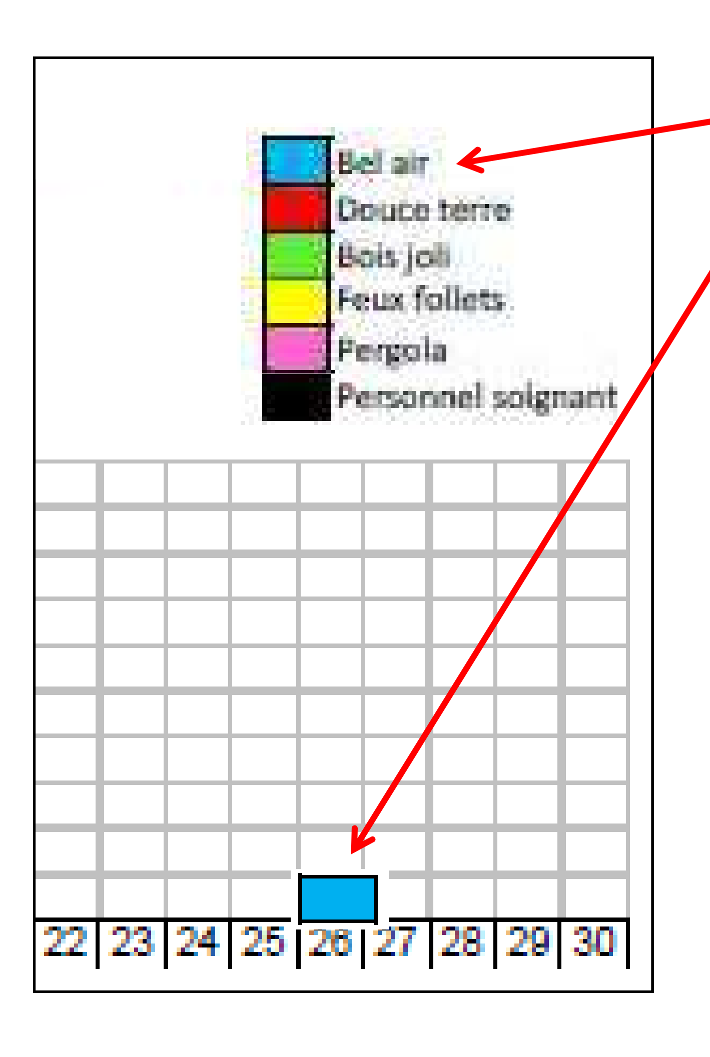
Registre des infections respiratoires

calendrier



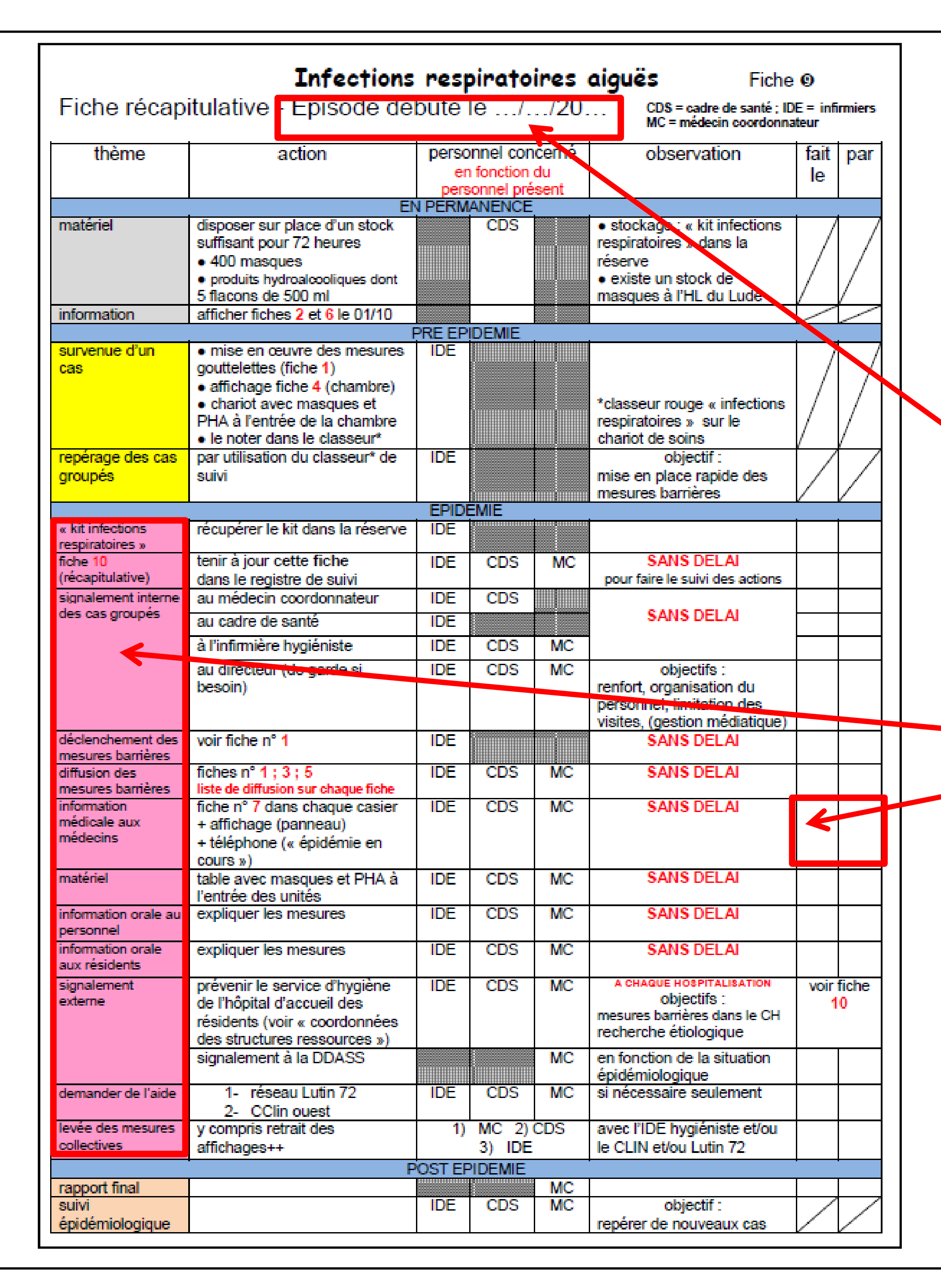
DOIT COUVRIR TOUTE L'ANNÉE++

Registre des infections respiratoires
calendrier



code couleur
par unité de vie (ou couloir)
permettant un
repérage des cas groupés





Infections respiratoires aiguës Fiche ⑩

Fiche récapitulative - Episode débuté le …/…/20…

CDS = cadre de santé ; IDE = infirmiers
MC = médecin coordonnateur

thème	action	personnel concerné en fonction du personnel présent			observation	fait le	par
EN PERMANENCE							
matériel	disposer sur place d'un stock suffisant pour 72 heures • 400 masques • produits hydroalcooliques dont 5 flacons de 500 ml		CDS		• stockage : « kit infections respiratoires » dans la réserve • existe un stock de masques à l'HL du Lude		
information	afficher fiches 2 et 6 le 01/10						
PRE EPIDEMIE							
survenue d'un cas	• mise en œuvre des mesures gouttelettes (fiche 1) • affichage fiche 4 (chambre) • chariot avec masques et PHA à l'entrée de la chambre • le noter dans le classeur*	IDE			*classeur rouge « infections respiratoires » sur le chariot de soins		
repérage des cas groupés	par utilisation du classeur* de suivi	IDE			objectif : mise en place rapide des mesures barrières		
EPIDEMIE							
« kit infections respiratoires »	récupérer le kit dans la réserve	IDE					
fiche 10 (récapitulative)	tenir à jour cette fiche dans le registre de suivi	IDE	CDS	MC	SANS DELAI pour faire le suivi des actions		
signalement interne des cas groupés	au médecin coordonnateur	IDE	CDS		SANS DELAI		
	au cadre de santé	IDE					
	à l'infirmière hygiéniste	IDE	CDS	MC			
	au directeur (de garde si besoin)	IDE	CDS	MC	objectifs : renfort, organisation du personnel, limitation des visites, (gestion médiatique)		
déclenchement des mesures barrières	voir fiche n° 1	IDE			SANS DELAI		
diffusion des mesures barrières	fiches n° 1 ; 3 ; 5 liste de diffusion sur chaque fiche	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
information médicale aux médecins	fiche n° 7 dans chaque casier + affichage (panneau) + téléphone (« épidémie en cours »)	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
matériel	table avec masques et PHA à l'entrée des unités	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
information orale au personnel	expliquer les mesures	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
information orale aux résidents	expliquer les mesures	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
signalement externe	prévenir le service d'hygiène de l'hôpital d'accueil des résidents (voir « coordonnées des structures ressources »)	IDE	CDS	MC	A CHAQUE HOSPITALISATION objectifs : mesures barrières dans le CH recherche étiologique	voir fiche 10	
	signalement à la DDASS			MC	en fonction de la situation épidémiologique		
demander de l'aide	1- réseau Lutin 72 2- CClin ouest	IDE	CDS	MC	si nécessaire seulement		
levée des mesures collectives	y compris retrait des affichages++	1) MC 2) CDS 3) IDE			avec l'IDE hygiéniste et/ou le CLIN et/ou Lutin 72		
POST EPIDEMIE							
rapport final				MC			
suivi épidémiologique		IDE	CDS	MC	objectif : repérer de nouveaux cas		

Registre des infections respiratoires

EN CAS D'ÉPIDÉMIE : CONDUITE À TENIR ET TRAÇABILITÉ

Registre des infections respiratoires

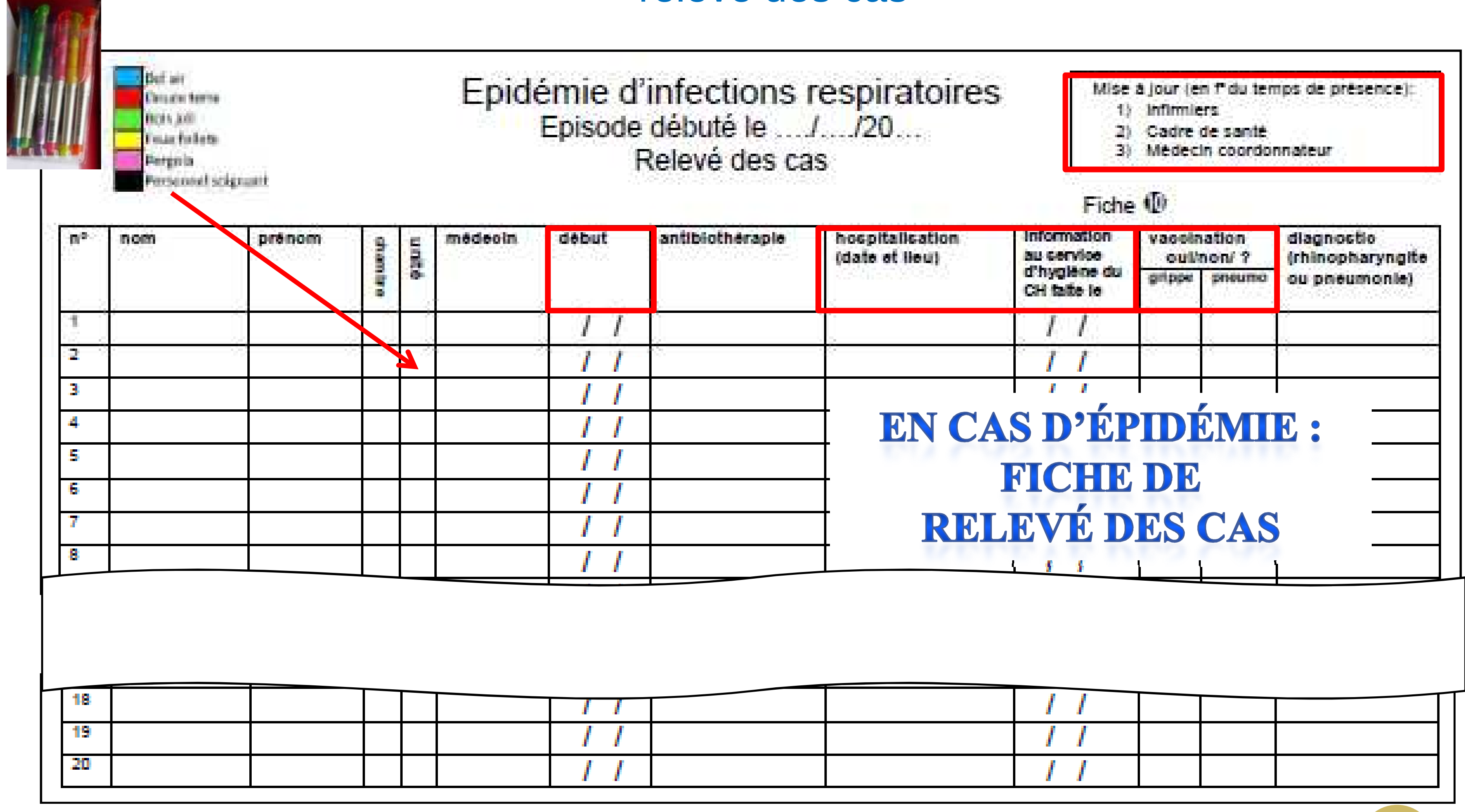
conduite à tenir

thème	action	personnel concerné en fonction du personnel présent			observation	fait le	par
signalement interne des cas groupés	au médecin coordonnateur	IDE	CDS		SANS DELAI		
	au cadre de santé	IDE					
	à l'infirmière hygiéniste	IDE	CDS	MC			
	au directeur (de garde si besoin)	IDE	CDS	MC	objectifs : renfort, organisation du personnel, limitation des visites, (gestion médiatique)		
déclenchement des mesures barrières	voir fiche n° 1	IDE			SANS DELAI		
diffusion des mesures barrières	fiches n° 1 ; 3 ; 5 liste de diffusion sur chaque fiche	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
information médicale aux médecins	fiche n° 7 dans chaque casier + affichage (panneau) + téléphone (« épidémie en cours »)	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
matériel	table avec masques et PHA à l'entrée des unités	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
information orale au personnel	expliquer les mesures	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
information orale aux résidents	expliquer les mesures	IDE	CDS	MC	SANS DELAI		
signalement externe	prévenir le service d'hygiène de l'hôpital d'accueil des résidents (voir « coordonnées des structures ressources »)	IDE	CDS	MC	A CHAQUE HOSPITALISATION objectifs : mesures barrières dans le CH recherche étiologique	voir fiche 10	
	signalement à la DDASS			MC	en fonction de la situation épidémiologique		
demander de l'aide	1- réseau Lutin 72 2- CClin ouest	IDE	CDS	MC	si nécessaire seulement		
levée des mesures collectives	y compris retrait des affichages++	1) MC 2) CDS 3) IDE			avec l'IDE hygiéniste et/ou le CLIN et/ou Lutin 72		
POST EPIDEMIE							
rapport final				MC			
suivi épidémiologique		IDE	CDS	MC	objectif : repérer de nouveaux cas	/	/

IDE : infirmier
CDS : cadre de santé
MC : médecin coord.

Registre des infections respiratoires

relevé des cas



Epidémie d'infections respiratoires
Episode débuté le …./…./20…
Relevé des cas

Mise à jour (en f° du temps de présence) :
1) Infirmiers
2) Cadre de santé
3) Médecin coordonnateur

Fiche ①

n°	nom	prénom	chambre	unité	médecin	début	antibiothérapie	hospitalisation (date et lieu)	information au service d'hygiène du CH faite le	vaccination oui/non/ ? grippe	pneumo	diagnostic (rhinopharyngite ou pneumonie)
1						/ /			/ /			
2						/ /			/ /			
3						/ /			/ /			
4						/ /						
5						/ /						
6						/ /						
7						/ /						
8						/ /			/ /			
18						/ /			/ /			
19						/ /			/ /			
20						/ /			/ /			

« kit infections respiratoires » (1/8)



KIT=BOÎTE À OUTILS EN CAS D'ÉPIDÉMIE

OBJECTIF :

GAGNER DU TEMPS CAR PRIORITÉ AUX SOINS

KIT INFECTIONS RESPIRATOIRES

Contenu	Quantité
Matériel	
masques chirurgicaux	400 = 8 boites de 50
tabliers à usage unique	2 poches de 100
produit hydroalcoolique	5 flacons de 500 ml
Documents d'information	
Fiche 1 – « précautions particulières »	16 + 8 plastifiées
Fiche 2 – « visiteurs – laissez la grippe à la porte	8 plastifiées
Fiche 3 – « avis aux visiteurs »	10 plastifiées
Fiche 4 – « merci de vous adresser à l'infirmière »	6 plastifiées registre des infections (classeur rouge)
Fiche 5 – « désinfection des mains avec un PHA »	12 plastifiées
Fiche 6- « La grippe saisonnière arrive »	8 plastifiées
Fiche 7 – « mémento pour les médecins traitants »	12

Merci de reconstituer ce kit après utilisation

Fiche ❽

« kit infections respiratoires » (2/8)



Masques chirurgicaux : stock pour 72 heures
Surblouses
à disposer à l'entrée des unités de vie

« kit infections respiratoires » (3/8)



Produits hydro alcooliques (flacons de 500 ml)
à disposer à l'entrée des unités de vie

« kit infections respiratoires » (4/8)



Documents d'information et d'affichage
Prêts à l'emploi:

-+/- Plastifiés
-Lieux d'affichage ou destinataires décidés à l'avance
-Donc autant d'exemplaires préparés que nécessaire

« kit infections respiratoires » (5/8)

Exemple de documents d’information et d’affichage
Prêts à l’emploi



Affichage :
Chambre (cas isolé)
Entrées des unités
Salle à manger

Désinfection des mains avec un produit hydro-alcoolique (PHA)

Présentation : Gel → remplir le creux de la main
ou Liquide → 2 pressions sur la pompe
Principe : masser soigneusement les mains et les poignets jusqu'à séchage complet du produit
Durée : 30 secondes

Ne pas rincer, ne pas essuyer
Ne pas accélérer le séchage en secouant les mains

1. Paume contre paume
2. Paume de la main droite sur le dos de la main gauche et inversement
3. Paume contre paume, doigts entrelacés
4. Dos des doigts contre la paume opposée avec les doigts emboîtés
5. Friction circulaire du pouce droit enchâssé dans la paume gauche et vice versa
6. Friction en rotation en mouvement de va-et-vient et les doigts joints de la main droite dans la paume gauche et vice versa
7. Terminer par la friction des poignets

Fiche 5

« kit infections respiratoires » (6/8)

Information aux entrées :
- de l'établissement
- des unités de vie

Affichage :
Entrées de l'établissement
Entrées des unités
Ascenseurs

Avis aux visiteurs

En raison d'infections en cours dans l'Ehpad :
Reportez votre visite dans la mesure du possible

Si vous devez malgré tout venir,
respectez les règles suivantes

- Désinfectez vos mains avec un produit hydroalcoolique
  - Avant la visite
  - Après la visite
  - Après avoir toussé, éternué ou vous être mouché



- Portez un masque pour vous protéger



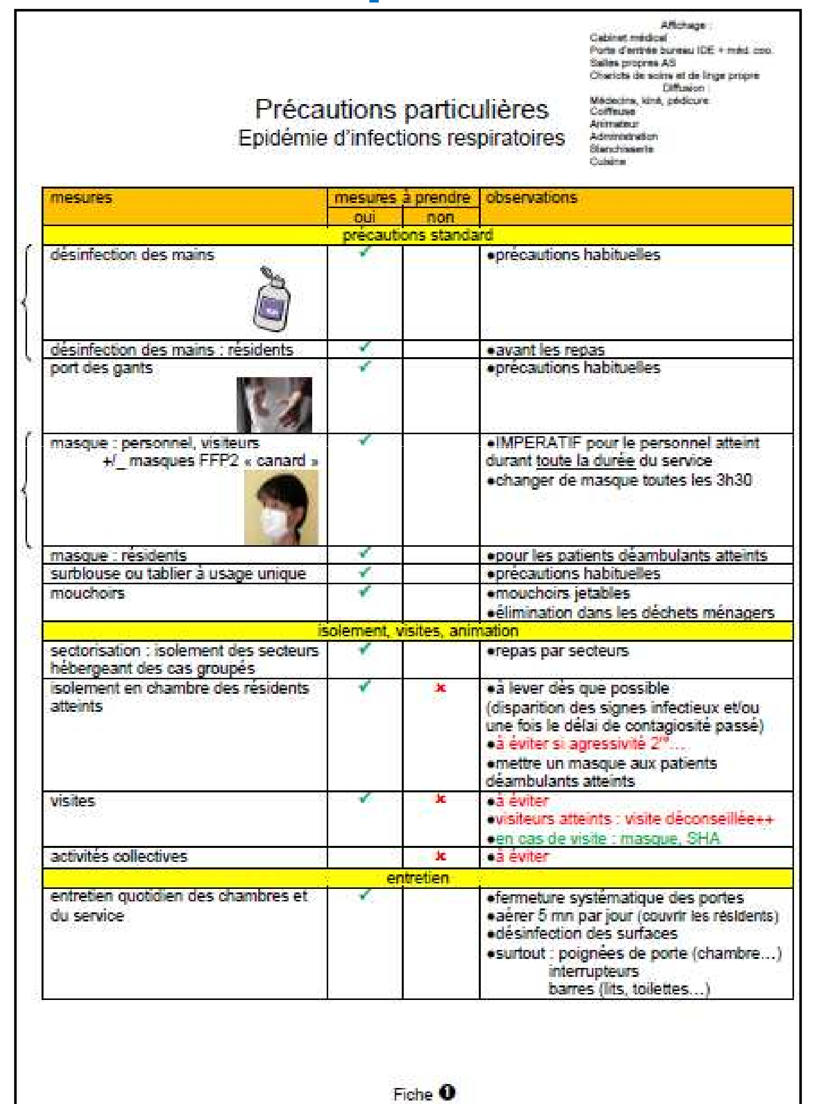
Evitez de rendre visite à une personne âgée si vous êtes malade (toux, fièvre, rhume…)

La directrice — Le médecin coordonnateur — Le cadre de santé

Fiche ❸

« kit infections respiratoires » (7/8)

Précautions
affichées et communiquées
aux professionnels



Affichage :
Cabinet médical
Porte d'entrée bureau IDE + méd. coo.
Salles propres AS
Chariots de soins et de linge propre
Diffusion
Médecins, kiné, pédicure
Coiffeuse
Animateur
Administration
Blanchisserie
Cuisine

Précautions particulières
Epidémie d'infections respiratoires

mesures	mesures à prendre oui	non	observations
précautions standard			
désinfection des mains	✓		•précautions habituelles
désinfection des mains : résidents	✓		•avant les repas
port des gants	✓		•précautions habituelles
masque : personnel, visiteurs +/_ masques FFP2 « canard »	✓		•IMPERATIF pour le personnel atteint durant toute la durée du service •changer de masque toutes les 3h30
masque : résidents	✓		•pour les patients déambulants atteints
surblouse ou tablier à usage unique	✓		•précautions habituelles
mouchoirs	✓		•mouchoirs jetables •élimination dans les déchets ménagers
isolement, visites, animation			
sectorisation : isolement des secteurs hébergeant des cas groupés	✓		•repas par secteurs
isolement en chambre des résidents atteints	✓	✗	•à lever dès que possible (disparition des signes infectieux et/ou une fois le délai de contagiosité passé) •à éviter si agressivité 2°… •mettre un masque aux patients déambulants atteints
visites	✓	✗	•à éviter •visiteurs atteints : visite déconseillée++ •en cas de visite : masque, SHA
activités collectives		✗	•à éviter
entretien			
entretien quotidien des chambres et du service	✓		•fermeture systématique des portes •aérer 5 mn par jour (couvrir les résidents) •désinfection des surfaces •surtout : poignées de porte (chambre…) interrupteurs barres (lits, toilettes…)

Fiche ❶

« kit infections respiratoires » (8/8)

Epidémie d'infections respiratoires basses – mémento pour les médecins traitants

Pour mémoire, les infections respiratoires basses constituent la première cause de mortalité d'origine infectieuse en EHPAD, et la première cause infectieuse de transfert vers l'hôpital. Pneumocoque=bactérie prépondérante en Ehpad

1) Diagnostic positif

a- clinique

« En cas de doute diagnostique entre pneumonie et bronchite aiguë, toute infection respiratoire basse du sujet âgé fragile est considérée comme une pneumonie probable et traitée comme telle. Secondairement, la radiographie de thorax, la biologie et l'évolution clinique permettront souvent de préciser le diagnostic. »

Tableau souvent trompeur chez le sujet âgé : absence de fièvre et de toux dans 1/3 des cas
absence d'expectoration et de dyspnée dans 1/2 des cas

b- biologie : NFS + CRP (VS : pas d'intérêt chez la personne âgée)

c- imagerie : « En présence de signes de gravité, le patient doit être adressé à l'hôpital »

2) Diagnostic étiologique

- Test de détection rapide (TDR) de la grippe → **Info écrite (dossier) et orale (infirmiers, médecin coordonnateur)**
- Recherche dans les urines d'antigènes de Legionella pneumophila
- ECBC : manque de spécificité chez la personne âgée

3) « L'hospitalisation s'impose dans tous les cas suivants »:

- présence de signes de gravité

Altération de la conscience
PAS<90 mmHg, FC >120/mn, FR>30/mn
T°<35°C ou >= à 40°C
Cancer associé (actif ou diagnostiqué dans l'année)
Pneumonie d'inhalation ou sur obstacle trachéo bronchique connu ou suspecté

- lorsque les soins requis et une surveillance pluri-quotidienne ne peuvent pas être assurés dans l'EHPAD
- en cas de complication de la pneumonie (notamment suspicion d'épanchement pleural ou d'abcédation)
- secondairement, lorsque l'évolution n'est pas favorable

3) monothérapie si une antibiothérapie est décidée - durée : 7 à 14 jours – antipneumococcique+++

- amoxicilline + acide clavulanique — AUGMENTIN® — amoxicilline seule
- ou C3G injectable (ceftriaxone) — ROCEPHINE® en sous-cutané — macrolides
- ou fluoroquinolone anti-pneumococcique

Signé : *Le médecin coordonnateur*

« TRACT » MÉMENTO POUR LES MÉDECINS EN COMPLÉMENT D'UN COURRIER

Autres documents utiles

Disposer des numéros utiles

EXEMPLE

d. coordonnées des structures resssources

	téléphone	télécopie	courriel
DDASS 72	02-43-40-20-20	02-43-72-97-41	
Réseau Lutin 72	02-43-43-28-09		fdelille@ch-lemans.fr
C.**Clin ouest** (Rennes)	02-99-87-35-30	02-99-87-35-32	site www.cclinouest.com
CIRE **44** (cellule d'épidémiologie, Nantes)	02-40-12-87-96	02-40-12-87-90	dr44-cire@sante.gouv.fr
Services d'hygiène hospitalière :			
Pôle santé Sarthe et Loir	02-44-71-32-75		
CH Le Mans	02-43-43-27-28	02-43-43-25-26	
Laboratoires			
Le Lude	02-43-94-91-09	02-43-94-79-23	
Pôle santé Sarthe et Loir	02-44-71-33-32	02-43-71-33-38	
CH Le Mans	02-43-43-43-32	02-43-43-24-67	
Pharmacie, hôpital local du Lude	02-43-48-48-48 (standard)		pharmacie@hopital-lude.com

Disposer des recommandations spécifiques

COQUELUCHE

Agent pathogène : *Bordetella pertussis* ou *parapertussis*

Mode de contamination : direct à partir des sécrétions respiratoires (gouttelettes et transmission aérienne)

Période d'incubation : 10 jours (extrêmes 7 à 21 jours)

Durée de la contagiosité : contagiosité maximale pendant la phase catarrhale puis diminution avec le temps. Elle peut être considérée comme nulle après 3 semaines d'évolution sans traitement antibiotique ou après 3 à 5 jours selon l'antibiotique choisi

Recherche étiologique

- Toux < à 21 jours : diagnostic direct par culture et PCR (non encore remboursé par l'assurance maladie) sur prélèvement d'aspiration nasopharyngée
- Toux ≥ 21 jours : diagnostic clinique avant tout[7]. Diagnostic indirect du cas par PCR chez les cas secondaires éventuels ou, à défaut et après avis spécialisé, par sérologie (recherche d'anticorps anti-PT) chez le cas index si son dernier rappel vaccinal date de plus de 3 ans

Traitement : indiqué dans les trois premières semaines d'évolution

- azithromycine (3 jours) ou clarithromycine (7 jours)

Prise en charge du cas

- Résident : chambre seule (dans la mesure du possible) pendant sa phase de contagiosité Hospitalisation selon tolérance clinique
- Personnel : arrêt de travail ou port du masque (3 ou 5 jours selon antibiotique choisi)

Mesures de lutte spécifiques à prendre dans la collectivité

Sont considérés à risque :

- Sujets susceptibles de faire des formes graves de coqueluche (nourrissons non protégés par la vaccination,...) ou de décompenser une pathologie sous-jacente (asthme, BPCO,...)
- Personnes en contact avec des sujets fragiles (femmes enceintes, parents ou fratrie de nourrissons non vaccinés,...)

Résidents

- Renforcement des précautions complémentaires de type « gouttelettes » autour du/des cas
- Identification des résidents exposés pour information
- Recherche de cas (y compris parmi les résidents et personnels ayant quitté l'établissement)

COQUELUCHE, GRIPPE, PNEUMOCOQUE…

Préparer les papiers utiles prêts à l'emploi

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

InVS

Fiche de signalement de cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses (IRA) dans une collectivité de personnes âgées

Critères de signalement : au moins trois cas d'IRA en 8 jours chez des résidents ou des membres du personnel partageant les mêmes lieux (hors pneumopathies de déglutition)

Date du signalement : /____/____/____/

Personne responsable du signalement :
Nom : Dr .... Fonction : médecin coordonnateur
Courriel : ....
Téléphones : 02-43 -46-15-69 06 __ __ __ __ __ Autre : __ __ __ __ __

Etablissement :
Nom : Ehpad Les Glycines Code postal : 72210 Commune : Mansigné
Type d'établissement : × EHPAD ☐ USLD ☐ Hôpital/clinique
☐ Autre, préciser : ....
GMP (GIR moyen pondéré) : ....
Nombre de résidents : 92 Dont vaccinés contre la grippe : ....
Nombre de personnels : .... Dont vaccinés contre la grippe : ....

Description de l'épisode de cas groupés
Date de début des signes du premier cas d'IRA : ....../....../200.....
Nombre de malades depuis le premier cas :
Parmi les résidents : ..... Parmi les membres du personnel : .....
Nombre d'hospitalisés pour une IRA : ..... Etablissement(s) d'hospitalisation : ....
Nombre de décès liés à une IRA : ......
Date de début des signes du dernier cas d'IRA : ....../....../200.....

Critères de gravité
Y a-t-il eu 3 décès attribuables à des IRA en moins de 8 jours ? ☐ oui ☐ non
Y a-t-il eu 5 nouveaux cas d'IRA ou plus dans une même journée ? ☐ oui ☐ non
Pas de diminution de l'incidence la semaine suivant les mesures de contrôle ☐ oui ☐ non

Mesures de contrôle ☐ oui ☐ non Si oui, date : ....../....../200.....
Renforcement mesures d'hygiène ☐ oui ☐ non
Port de masque pour le personnel ☐ oui ☐ non
Isolement patient chambre individuelle ☐ oui ☐ non Regroupement patients ☐ oui ☐ non
Limitation déplacement patient ☐ oui ☐ non Masque patient ☐ oui ☐ non
Formation personnel ☐ oui ☐ non Informations visiteurs ☐ oui ☐ non
Chimioprophylaxie : ☐ oui ☐ non Si oui, date : ....../....../200.....

Une investigation est-elle en cours ? ☐ oui ☐ non
Sollicitez-vous l'appui de la Ddass ? ☐ oui ☐ non

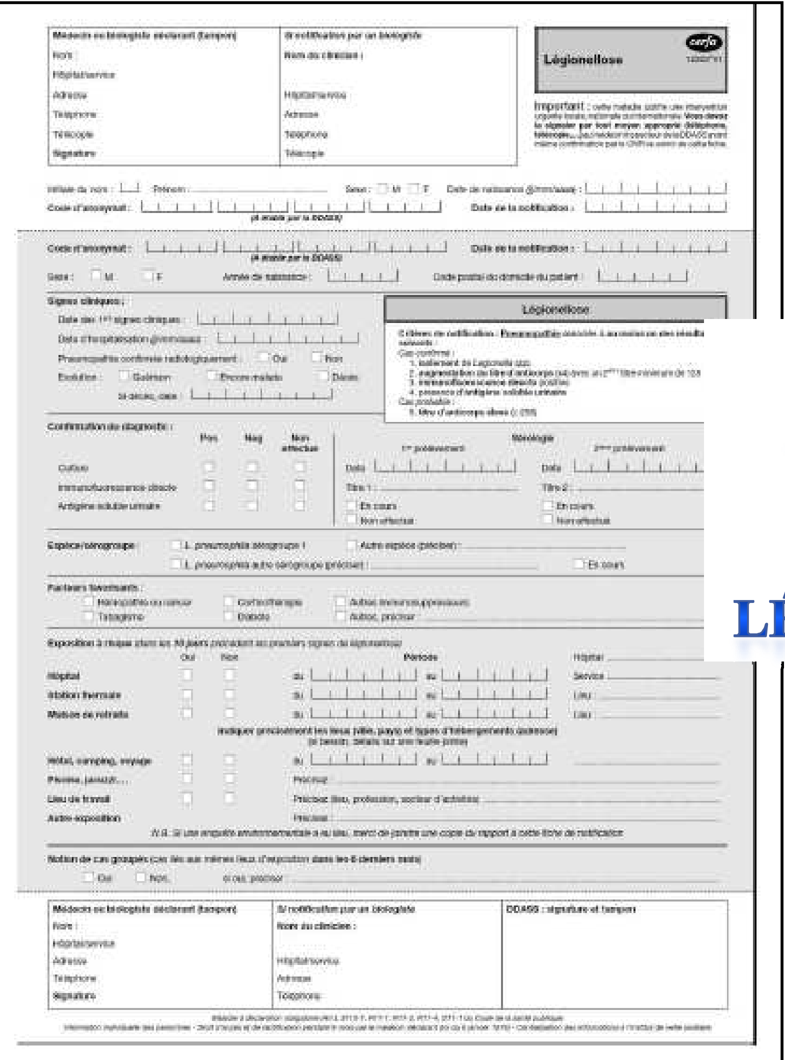
Etiologie : recherche de la cause des IRA
☐ Grippe sans autre précision ☐ Grippe A ☐ Grippe B ☐ pneumocoque
☐ Coqueluche ☐ Légionellose ☐ Non recherchée ☐ Non déterminée
☐ autre : ....

Observations : ....
....
....
....

A Faxer à la DDASS de la Sarthe (97 avenue Bollée 72 Le Mans)
Téléphone 02-43-40-20-20 Télécopie 02-43-72-97-41

FICHE DE SIGNALEMENT

Préparer les papiers utiles prêts à l'emploi



Légionellose

Code d'anonymat : (à établir par la DDASS) — Date de la notification :

Signes cliniques :

Pneumopathie confirmée radiologiquement : Oui Non

Confirmation du diagnostic :

Légionellose

ET POURQUOI PAS…

DOCUMENTS CERFA MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE:

LÉGIONELLOSE, TUBERCULOSE

Conseils pour la forme

- Un protocole regroupant dans sa version numérique tous les outils (y compris les documents Cerfa)
- Chaque outil = 1 page maximum : nécessité de clarté et de brièveté
- Liste des destinataires sur chaque document d'information

Conclusion

Conclusion

- Anticiper l'organisation de gestion de crise++
  - y compris dans les détails
  - objectif : consacrer le temps aux soins, pas à la logistique
- S'informer : sites des C.Clin, InVS, etc.
- …informer en cas de crise (résidants, familles, équipe, CH…)
- Savoir à qui demander de l'aide
- Souhaits :
  - Préciser les responsabilités (méd. coordonnateur/méd. traitant)
  - Associer les Ehpad à la rédaction des recommandations
- L'Ehpad est d'abord un lieu de vie

